

Rezept-Begleitschein

Um Sie optimal in Fragen der Arzneimitteltherapie beraten und arzneimittel- und gesundheitsbezogene Probleme erkennen zu können, bitten wir Sie, uns weitere Daten zu Ihrem Gesundheitszustand und zu Ihrer Medikation zur Verfügung zu stellen. Ihre Angaben unterliegen dem Datenschutz und werden nur im Rahmen der Information zur Speicherung arzneimittelbezogener Daten für die Teilnahme am Versandhandel mit Arzneimitteln in der Apotheke verarbeitet.

Name, Vorname:

Strasse, Nr.:

PLZ, Ort:

Geburtsdatum:

Versicherungsnummer:

Telefon tagsüber:

Telefon abends :

Email:

Welche Arzneimittel nehmen Sie regelmässig ein (Name, Wirkstärke, Dosierung)?

Leiden Sie unter einer der folgenden gesundheitlichen Störungen?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Blutgerinnungsstörungen | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Erkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Bronchialasthma | <input type="checkbox"/> Nierenerkrankungen | <input type="checkbox"/> Lebererkrankungen |
| <input type="checkbox"/> Bluthochdruck | <input type="checkbox"/> Allergien, wenn ja welche | <input type="checkbox"/> andere Krankheiten, wenn ja welche |
-
-

Besteht oder planen Sie eine Schwangerschaft? ja nein

Wenn ja, erwartetes Geburtsdatum des Kindes:

Stillen Sie? ja nein

Bitte senden Sie das ausgefüllte Formular zusammen mit dem Originalrezept an:

ROTHAUS direct

Dorfstrasse 70

8706 Meilen

Fiche d'accompagnement de l'ordonnance

Merci de nous transmettre des données plus détaillées à propos de votre état de santé et de votre médication. Nous pourrions ainsi vous assurer des conseils optimaux pour votre thérapie médicamenteuse et mieux identifier vos problèmes de santé. Ces indications sont soumises à la protection des données. Elles seront exclusivement enregistrées et traitées dans notre pharmacie dans le contexte des médicaments qui vous sont remis par correspondance.

Nom, prénom:

Rue | N°:

NPA | Localité:

Date de naissance:

Numéro d'assuré:

Téléphone pendant la journée:

Téléphone le soir:

Adresse e-mail:

Quels médicaments prenez-vous régulièrement (nom, puissance, dosage)?

Souffrez-vous de l'un des troubles de la santé suivants?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> diabète | <input type="checkbox"/> troubles de la coagulation | <input type="checkbox"/> maladies cardiovasculaires |
| <input type="checkbox"/> asthme bronchique | <input type="checkbox"/> insuffisance rénale | <input type="checkbox"/> maladies hépatiques |
| <input type="checkbox"/> hypertension | <input type="checkbox"/> allergies, si oui lesquelles | <input type="checkbox"/> autres maladies, si oui lesquelles |

Etes-vous enceinte ou prévoyez-vous de le devenir? oui non

Si oui, quelle est la période d'accouchement prévue?

Allaitiez-vous? oui non

Veuillez envoyer le formulaire dûment complété avec l'original de l'ordonnance à:

ROTHAUS direct

Dorfstrasse 70

8706 Meilen

Modulo di accompagnamento della ricetta

Per essere in grado di consigliarla in maniera ottimale sulla terapia farmacologica e individuare eventuali problemi connessi ai medicinali e alla salute la invitiamo a fornirci ulteriori dati sul suo stato di salute e sui farmaci assunti. Tali informazioni sono soggette alla protezione dei dati personali e vengono trattate dalla farmacia soltanto nella misura in cui la loro memorizzazione è necessaria per erogare il servizio di consegna di medicinali a domicilio.

Cognome, nome:

Via I N.:

NPA | Località:

Data di nascita:

N. d'assicurato:

Telefono ore diurne:

Telefono ore serali:

Indirizzo e-mail:

Quali farmaci assume regolarmente (nome, potenza, dosaggio)?

Soffre di uno dei seguenti disturbi?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Diabete | <input type="checkbox"/> Disturbi della coagulazione | <input type="checkbox"/> Malattie cardiocircolatorie |
| <input type="checkbox"/> Asma bronchiale | <input type="checkbox"/> Malattie renali | <input type="checkbox"/> Malattie epatiche |
| <input type="checkbox"/> Ipertensione | <input type="checkbox"/> Allergie, se sì quali | <input type="checkbox"/> Altre malattie, se sì quali |
-
-

È attualmente in gravidanza o ha in previsione una gravidanza? sì no

Se sì, data di nascita prevista del bambino:

Allatta? sì no

Si prega di inviare il modulo compilato insieme alla ricetta originale a:

ROTHAUS direct
Dorfstrasse 70
8706 Meilen